

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię, nazwisko i adres osoby ubiegającej się o skierowanie do Dziennego Domu Senior+ w Opolu Lubelskim:

.....
.....

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu
☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
☐ dysfunkcja narządu słuchu
☐ dysfunkcja narządu wzroku
☐ choroba psychiczna
☐ upośledzenie umysłowe
☐ padaczka
☐ schorzenia układu krążenia
☐ inne (jakie?)

.....
.....
.....
.....

3. Opis występujących dysfunkcji w zakresie lokomocji:

.....
.....
.....
.....

4. Przeciwwskazanie / brak przeciwwskazań do uczestnictwa w DDS+ *:

.....
.....
.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*właściwe zakreślić